

令和6年度釜石市インフルエンザ予防接種（広域）実施依頼申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

釜石市長 宛て

ご本人・ご家族が記入できない場合  
や、介護・医療従事者が同意を得て代  
理申請する場合は、施設の住所や施設  
長名を記載してください。

申請者 住所 ○○○○○○○○○○○  
氏名 ○○○ ○○  
接種者との続柄( ○○ )  
(電話番号 ○○○ - ○○○○ - ○○○○)

予防接種法に基づき釜石市が実施するインフルエンザ予防接種を受けたいことから、下記により予防接種受診票(受診券)を発行してくださるよう申請します。

予防接種名	令和6年度釜石市インフルエンザ予防接種（広域）	
被接種者	住所	釜石市 ○○町○○-○-○
	フリガナ	カマイシ ハナコ
	氏名	釜石 ハナ子
	生年月日	大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日
	電話番号	○○○ - ○○○○ - ○○○○
入院・入所先名称	病院または施設名	
入院・入所先住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○○町○○-○-○	
接種依頼先 医療機関名	医療法人○○○ ○○○○医院 等	
接種依頼先 住所・電話番号	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○○町○○-○-○ 電話番号 ○○-○○○○	
理由	市内の病院及び施設に入院・入居中のため 震災後市外に避難中のため 等	
書類送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先住所（入院・入所先等） 宛名（ ） <input type="checkbox"/> その他 〒 ※書類送付先を接種医療機関にする場合は、時前に医療機関に確認してください。医療機関によっては、ご本人・ご家族が持参することを求めることがあります。	